ITEM 350 : GROSSE JAMBE ROUGE AIGUË

Tableau typique de « grosse jambe rouge aiguë » = placard érythémateux bien limité, parfois extensif, avec œdème, en général unilatéral + fièvre ≥ 38°C et des signes infectieux + installation rapide en quelques heures voire quelques jours.
- Cause la plus fréquente = **érysipèle, dermohypodermite infectieuse aiguë streptococcique.**

Diagnostic étiologique

SF

- Mode de début (brutal ou insidieux), modalités d'extension (rapide ou lente)
- Signes associés : **frissons, fièvre, douleur locale, sensation de brûlure ou de tension douloureuse, prurit, aggravés par la position déclive ou la palpation**
- Maladie locorégionale récente ou semi-récente : **intertrigo inter-orteils, traumatisme, thrombophlébite, grattage, pathologie articulaire, morsure animale, piqûre**
- **Notion d'épisodes identiques antérieurs**
- **Maladies associées** (diabète, AOMI, obésité…)
- Terrain : **œdème chronique par stase veineuse** (maladie post-phlébitique…) ou **lymphatique**, **ulcère de jambe**
- Traitements débutés (antibiothérapie, topiques, **AINS**, **corticoïdes**), antécédents chirurgicaux sur le membre concerné

SC

- **Lésions élémentaires** : **érythème** rouge vif, associé à un **œdème**, souvent tendu et douloureux à la palpation
➝ Parfois associé à des **vésicules** et/ou **décollement bulleux superficielles** (en cas d'œdème de constitution rapide, en particulier chez le sujet âgé)
- **Signes de gravité** = évocateur de **dermo-hypodermite nécrosante** : nécrose cutanée (pâleur, plaques noirâtres, zones livédoïdes, atones), hypoesthésie, douleur spontanée intense, crépitation, extension sous antibiothérapie
- **Porte d'entrée** : intertrigo inter-orteils, ulcère de jambe, plaie traumatique, excoriation, lésion de grattage…
- Palpation des **pouls périphériques** pédieux et tibiaux postérieurs (parfois difficile à cause de l'œdème)
- Recherche d'ADP inflammatoire inguinale homolatérale, lymphangite
- **Signes généraux** : fièvre, AEG, sepsis

Signes de gravité

Signes locaux	Signes généraux	Terrain
- Douleur spontanée intense - Œdème majeur - **Bulles hémorragiques** - Nécrose - Hypoesthésie - Livedo - Crépitation	- Fièvre élevée avec confusion - Désorientation - Tachypnée - Tachycardie - Oligurie - Hypotension - Pâleur	- Comorbidité : diabète, obésité - Immunodépression - Contexte social : précarité

PC

➝ Aucun examen paraclinique n'est nécessaire en cas d'érysipèle typique : diagnostic clinique
- **NFS** : hyperleucocytose à PNN, ↗ CRP (souvent importante > 100)
- **Hémocultures** : de faible rentabilité, non systématique en l'absence de signes de sepsis
- **Prélèvement bactériologique** de toute érosion ou ulcération cutanée, d'intertrigo inter-orteil, de mal perforant plantaire : utile dans les formes graves pour adapter l'antibiothérapie, interprétation difficile (colonisation)
- **Echo-Doppler pulsé des membres inférieurs** : si suspicion de thrombose veineuse (**D-dimères non spécifiques** dans le contexte**,** car faussement positivés par la dermo-hypodermite infectieuse)
- Si signes de gravité : **CPK, ionogramme, créatininémie, GDS, bilan de coagulation**
- Imagerie = **Rx, échographie cutanée et des parties molles, IRM** : intérêt en cas de suspicion de dermo-hypodermite nécrosante seulement si réalisée sans délai

Tableau typique

Erysipèle

= **Dermo-hypodermite aiguë bactérienne** à **streptocoque β-hémolytique A** (plus rarement B, C ou G) : fréquent, notamment chez l'adulte > 40 ans (moy. 60 ans), localisé à la jambe dans 80% des cas
- Favorisé par **l'insuffisance veineuse** et/ou **lymphatique**, des **facteurs locaux** (lymphoedème, porte d'entrée type intertrigo inter-orteils, ulcère de jambe) et généraux (**diabète**)

Forme habituelle

- **Début brutal** avec **fièvre élevée** (39-40°C), avec frissons, précédant de quelques heures l'apparition du placard cutané inflammatoire
- **Plaque érythémateuse, œdémateuse, circonscrite** et **douloureuse** à la palpation
- **Bourrelet périphérique** marqué : observé uniquement au niveau du visage
- Parfois avec **décollements bulleux superficiels** ou **purpura** (non grave)
- **ADP inflammatoire homolatérale** fréquemment associée
- **Traînée de lymphangite** homolatérale parfois présente
- Porte d'entrée visible dans 2/3 des cas : **intertrigo inter-orteil, piqûre, érosion traumatique, ulcère de jambe**

Forme atypique

- **Forme subaiguë**, avec fièvre et hyperleucocytose modérées, voire absentes : diagnostic sur les caractères cliniques du placard inflammatoire et la régression sous antibiotiques

Tableau typique	**Erysipèle**	Evolution	- **Evolution favorable en 8 à 10 jours** sous antibiothérapie, - Apyrexie en 48 à 72h, et amélioration des signes locaux plus lente en 1 semaine - **Extension de l'érythème sous traitement** fréquent dans les premières 24h - **Phase de desquamation superficielle** secondaire parfois observée
		Complication	- **Récidive** = 20 à 30% : par persistance des facteurs de risque - Locale (5-10%) : **abcès localisé superficiel,** plus rarement **profond** ➙ Risque majoré en cas d'intoxication alcoolique ou de retard au traitement - Systémique (< 5%) : **septicémie à streptocoque, glomérulonéphrite post-infectieuse**
	Dermo-hypo-dermite nécrosante	= **Fasciite nécrosante, gangrène gazeuse, dermo-hypodermite nécrosante** : prolifération bactérienne intense, généralement à **streptocoque A** en association avec d'autres bactéries (**Staph doré, BGN, anaérobie**), avec nécrose évoluant de la profondeur vers la superficie ➙ urgence vitale (30% de mortalité) - Terrain favorisant : diabète, artériopathie, mauvais état général, **prise d'AINS** - Localisation : membre inférieur (le plus souvent), cervico-faciale (après chirurgie ORL), thoraco-abdominale (après chirurgie thoracique ou digestive), périnéale (gangrène de Fournier) - IRM pour apprécier l'extension en profondeur	
		C	= Présentation identique à un érysipèle avec présence de **signes de gravité** : - Signes généraux marqués : **sepsis, choc septique** - **Douleur intense**, non soulagée par les antalgiques de palier 1-2, s'étendant au-delà des lésions - **Induration** des tissus au-delà des lésions visibles - **Evolution défavorable** malgré l'antibiothérapie adaptée au diagnostic d'érysipèle - **Extension rapide** - Signes locaux (à un stade tardif) : **placards grisâtres, hypoesthésie**, évoluant vers la **nécrose** - **Crépitation neigeuse** en cas d'association avec des bactéries anaérobies
Tableau moins typique	**Pied diabétique**	= **Dermo-hypodermite** d'évolution subaiguë, torpide, du pied et du 1/3 inférieur du membre - **Inflammation cutanée** plus profonde, moins bien limitée - **Douleur** modérée, **fièvre** parfois absente - Porte d'entrée : **mal perforant plantaire** le plus souvent - Germe : ***S. aureus*** principalement, ***Pseudomonas aeruginosa*****, anaérobies** - Evolution moins favorable, avec mauvaise réponse au traitement anti-infectieux - Nécessite souvent un geste chirurgical ➙ Rechercher systématiquement une **ostéite** sous-jacente et une **décompensation du diabète**	
	Dermo-hypodermite de l'immuno-déprimé	- Présentation clinique trompeuse : peu de signes inflammatoires - Sous-estimation de la gravité, en particulier la possibilité de nécrose profonde - Germes inhabituels : ***Pseudomonas aeruginosa, E. coli*** (si neutropénie), germe transmis par contact avec une eau souillée (***Vibrio vulnificus, Aeromonas hydrophila***)	
	Autre dermo-hypodermite bactérienne aiguë	- **Pasteurellose d'inoculation** à *Pasteurella multocida* : notion de morsure de chat ou chien - **Rouget du porc** = érysipéloïde dû à ***Erysipelothrix rhusiopathiae*** : plaie érythémateuse au pourtour oedématié, extrêmement douloureuse, après blessure par un os de porc, de mouton, d'arêtes de poisson ou de crustacé, surtout en cas de **manipulation professionnelle** (boucher…), préférentiellement à la **main**	
	Dermohypodermite sur insuffisance veineuse	= Poussée inflammatoire sur une insuffisance chronique avec lipodermatosclérose - Simulant un érysipèle si unilatéral mais **le plus souvent bilatérale** : poussées douloureuses, peu ou non fébrile - constitue un facteur de risque de dermo-hypodermite bactérienne	
	Eczéma	**Eczéma de contact** = Prurit, microvésicules sur un placard érythémateux à bordures émiettées, localisée à la région de contact avec l'allergène, souvent associé à un œdème local - **Eczéma de jambe** : surtout sur ulcère de jambe, prédominant en péri-ulcéreuse, pouvant s'étendre - **Allergène** : lanoline, antibiotique local, conservateur, émulsifiant, dérivé de colophane… parfois photosensibilisation par AINS topique (kétoprofène) - Diagnostic : **tests épicutanés** **Dermatite de stase :** Possible sur un terrain d'insuffisance veineuse chronique, en l'absence de toute allergie de contact vraie	
	Syndrome des loges	= Œdème musculaire mis en tension dans le fascia, notamment par un exercice physique violent - Aspect inflammatoire simulant un érysipèle : exceptionnel, patient apyrétique - **Compression des fascias habituelle au cours des fasciites nécrosantes**	

<table>
<tr><td>DD</td><td colspan="3">- Dermo-hypodermite inflammatoire :
. Panniculite : nodules et plaques inflammatoires hypodermiques, siégeant plutôt aux cuisses, à l’abdomen, aux bras
. Nodules des MI : érythème noueux, vasculite nodulaire
- Thrombose veineuse profonde: ne donne pas de tableau de grosse jambe rouge aiguë, sauf si associée à un érysipèle
- Nécrose cutanée d’une ischémie artérielle aiguë : absence d’érythème et d’œdème en général
- Pyomyosite : douleur et signes généraux important, contrastant avec l’absence ou la discrétion de l’érythème
- Lymphangite : trajet rouge inflammatoire, avec ADP inguinale, parfois placard cutané linéaire
- Borréliose (érythème annulaire centrifuge ou plus tardivement au stade circonscrit) : moins inflammatoire, non fébrile
- Lymphoedème chronique : possible poussées inflammatoires d’étiologie non infectieuse
- Zona : présence de vésicules sur le trajet métamérique</td></tr>
<tr><td rowspan="6">TTT</td><td colspan="2">Mesures communes</td><td>→ Hospitalisation si :
. Doute diagnostique
. Signes locaux ou généraux marqués
. Risque de complication locale
. Nécessité de traitement IV
. Comorbidité significative : diabète, insuffisance cardiaque…
. Contexte social rendant le suivi ou le repos au lit difficile
. Echec à 72h d’un traitement ambulatoire adapté ou extension
- Repos au lit avec surélévation de la jambe : jusqu’à régression des signes inflammatoires locaux
- Antalgie
- Anticoagulation préventive en cas de FdR thrombo-embolique
- VAT si non à jour</td></tr>
<tr><td rowspan="5">TTT spécifique</td><td rowspan="4">Erysipèle</td><td colspan="2">= Antibiothérapie antistreptococcique : amoxicilline en 1ère intention
- Intolérance/allergie à la pénicilline : pristinamycine (3 g/jours, 3 prises), clindamycine, macrolide</td></tr>
<tr><td>Patient hospitalisé</td><td>- Traitement d’attaque : amoxicilline IV à 50 mg/kg
- Relai oral après apyrexie : amoxicilline à 3-4,5 g/j en 3 prises
- Durée totale = 7 jours</td></tr>
<tr><td>Patient ambulatoire</td><td>- Traitement oral d’emblée : amoxicilline à 3-4,5 g/j en 3 prises
- Durée totale = 7 jours
- Si allergie ou intolérance à la pénicilline : Pristinamycine ou Clindamycine</td></tr>
<tr><td>Prévention primaire</td><td>- Traitement des portes d’entrée
- Amélioration des troubles circulatoires : bandes de contention, drainage lymphatique manuel
- Hygiène cutanée correcte</td></tr>
<tr><td>Prévention secondaire</td><td>= Si plusieurs récidives/an et facteurs favorisant difficilement contrôlables
- Antibiothérapie préventive toutes les 2 à 3 semaines : amoxicilline 0,5-1 g, Pénicilline V, pristinamycine 0,5-1 g, benzathine-pénicilline (Extencilline®) $2{,}4.10^6$ IM toutes les deux à trois semaines</td></tr>
<tr><td>Autre dermohypo-dermite bactérienne</td><td colspan="2">- Antibiothérapie probabiliste antistreptococcique et anti-staphylococcique, adaptée secondairement
- En cas de diabète : équilibre glycémique, immobilisation du pied
- En cas de morsure animale : amoxicilline ± acide clavulanique (3 g/j, po ou IV), macrolide ou pristinamycine en cas d’allergie</td></tr>
<tr><td>Dermo-hypo-dermite nécrosante</td><td colspan="2">- Antibiothérapie IV : clindamycine + pénicilline à spectre élargie (tazocilline) ou céphalosporine ± aminoside ± métronidazole si suspicion de germe anaérobie
- TTT chirurgical en urgence : excision de toutes les zones nécrosées
- Mesures de réanimation, correction des troubles hydro-électrolytiques</td></tr>
</table>